



**You have downloaded a document from
RE-BUS
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Autonomia moralna jednostki z perspektywy niektórych teorii rozwoju psychicznego człowieka oraz etyki stosowanej

Author: Mateusz Penczek

Citation style: Penczek Mateusz. (2015). Autonomia moralna jednostki z perspektywy niektórych teorii rozwoju psychicznego człowieka oraz etyki stosowanej. W: E. Turiak (red.) "Koncipovanie osobnosti cloveka v dialogoch vychovy 2 : elektronicky zdroj zbornik z medzinarodnej vedeckej konferencie konanej v dnoch 10.-11. marca 2015 v Ruzomberku" (s. 66-77). Ruzomberok : Verbum

© Korzystanie z tego materiału jest możliwe zgodnie z właściwymi przepisami o dozwolonym użytku lub o innych wyjątkach przewidzianych w przepisach prawa, a korzystanie w szerszym zakresie wymaga uzyskania zgody uprawnionego.



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Autonomia moralna jednostki z perspektywy niektórych teorii rozwoju psychicznego człowieka oraz etyki stosowanej

Mateusz Penczek

Abstract

The purpose of the paper is to analyze and compare different ways of defining human autonomy within some theories of human psychological development and in applied ethics. Psychodynamic approach, behaviorism, Piaget's and Kohlberg's theories of moral development, and some solutions proposed within the field of medical ethics will be discussed.

Key words: autonomy, moral autonomy, respect for autonomy, informed consent.

Wstęp

Zagadnienie autonomii człowieka jest przedmiotem zainteresowania zarówno w ramach etyki, jak i psychologii. Choć punktem wyjścia dla rozważań prowadzonych w obrębie obu tych dyscyplin są zbliżone definicje autonomii, to już wnioski dotyczące tego zagadnienia, do jakich się w nich dochodzi są odmienne. Celem artykułu jest analiza i porównanie ustaleń dotyczących autonomii poczynionych w ramach niektórych teorii rozwoju psychicznego człowieka oraz w dyskusjach toczonych w obrębie współczesnej etyki stosowanej. Przedmiotem zainteresowania będzie nurt psychodynamiczny, teorie uczenia się, teorie rozwoju moralnego J. Piageta i L. Kohlberga, jak również etyczne dyskusje dotyczące tzw. "świadomej zgody" oraz zdolności pacjentów do podejmowania decyzji dotyczących własnego zdrowia.

Na początku przedstawię różne sposoby definiowania znaczenia terminu "autonomia". Następnie przejdę do scharakteryzowania sposobu, w jaki autonomię charakteryzuje się w ramach psychologii, szczególny nacisk kładąc na obszar psychologii rozwoju moralnego. W dalszej kolejności przedmiotem zainteresowania stanie się sposób podejmowania zagadnienia ludzkiej autonomii w ramach etyki stosowanej. Wyjaśnię, że jednym ze sposobów obrony autonomii w kontekście szeroko pojmowanego systemu opieki zdrowotnej jest instytucja tzw. „świadomej zgody”, której najistotniejsze elementy zostaną w skrócie scharakteryzowane. Na koniec wskazane zostaną najważniejsze różnice dotyczące pojmowania autonomii jednostki w ramach psychologii i etyki stosowanej.

Pojęcie autonomii

Internetowy "Słownik języka polskiego" wyjaśnia, że termin "autonomia" oznacza samodzielność i niezależność w decydowaniu o sobie. W literaturze etycznej podkreśla się konieczność odróżniania autonomii w sensie prawnym,

autonomii w sensie etycznym oraz autonomii w sensie psychologicznym. Za autonomię w sensie prawnym trzeba uznać posiadanie przez daną osobę pełnej zdolności do czynności prawnych. Prawo odwołuje się tutaj przede wszystkim do kryterium wieku (Szewczyk 2009, s. 118). Autonomia w sensie etycznym oznacza z kolei posiadanie statusu podmiotu etycznego, czyli zdolność do świadomego przyjmowania zasad etycznych, kierowania się nimi oraz etyczną odpowiedzialność za własne postępowanie. Można ją także rozumieć jako zdolność do stawiania sobie celów i budowania moralnie dobrego życia. Wiązana jest z pojęciem osoby (Beauchamp, Faden 1986, s. 7-8). Autonomię w sensie psychologicznym można z kolei wstępnie scharakteryzować jako zdolność do samodzielnego planowania swych działań, realizacji tych planów oraz przyjmowania odpowiedzialności za swoje wybory i działania. Pojęcie to blisko związane jest z pojęciem dojrzałości (Stelter 2011, s. 53).

Wskazane właśnie sposoby rozumienia autonomii są sobie bliskie. Nie są jednak ze sobą tożsame. O ich nietożsamości można wnioskować już choćby na tej podstawie, że bez większego kłopotu można wyobrazić sobie sytuację, w której jest się pozbawionym jednego z nich przy zachowaniu pozostałych. Na przykład, można być pozbawionym jakiegoś ważnego aspektu autonomii w sensie psychologicznym, np. pozostawać w dużej zależności emocjonalnej od innych ludzi, zachowując autonomię w sensie prawnym oraz będąc uznawanym przez innych ludzi za podmiot działań etycznych odpowiedzialny za swe czyny. Trzy sposoby rozumienia autonomii – prawny, etyczny i psychologiczny – nie są też równorzędne. Trudno nie zauważyć, że rozstrzygnięcia dotyczące autonomii prawnej czy etycznej, np. prawne i etyczne stanowiska dotyczące ochrony autonomii pacjenta, zawsze wiążą się z przyjmowaniem pewnych założeń o charakterze psychologicznym. Dlatego rozważania dotyczące autonomii etycznej warto poprzedzić nieco głębszym wyjaśnieniem sposobu, w jaki rozumie się autonomię jednostki na gruncie psychologii. Taki porządek rozważań zostanie też przyjęty w niniejszej pracy.

Autonomia w sensie psychologicznym

W ramach psychologii przyjmuje się, że termin "autonomia" w swoim najogólniejszym znaczeniu wskazuje na niezależność i możliwość stanowienia o sobie w różnych obszarach funkcjonowania. Jej obecność w życiu jednostki powszechnie uznawana jest za ważny etap rozwoju psychospołecznego, który może zostać osiągnięty najwcześniej w okresie adolescencji oraz wczesnej dorosłości. Autonomia wiązana jest z procesem rozwoju tożsamości jednostki (Stelter 2011, s. 53). Przyjmuje się też, że ludzi cechuje mniej lub bardziej nasilona potrzeba dążenia do tak rozumianej autonomii (Stelter 2009, s. 87).

W przytoczonej powyżej ogólnej definicji autonomii należy wyróżnić dwa odrębne, choć uzupełniające się elementy: niezależność i stanowienie o sobie. Niezależność trzeba rozumieć jako zdolność do samodzielnego

funkcjonowania, czyli radzenia sobie w różnych obszarach życia bez pomocy lub kierownictwa ze strony otoczenia. Z kolei możliwość stanowienia o sobie polega na zdolności do ujmowania różnych możliwych sposobów postępowania, wybierania jednego z nich, a następnie realizowania go. W odniesieniu obu tych elementów składowych zjawiska autonomii należy odnotować dwie rzeczy. Po pierwsze, niezależność i stanowienie o sobie to cechy stopniowalne, tak więc trudno mówić o wyraźnym, zero-jedynkowym przechodzeniu od ich braku do obecności. Po drugie, stanowienie o sobie i niezależność są wzajemnie ze sobą powiązane. Stanowienie o sobie skutkuje wzrostem niezależności od otoczenia, zaś wzrost niezależności od otoczenia przyczynia się do rozwijania i umacniania zdolności do stanowienia o sobie w różnych obszarach funkcjonowania.

Warto też podkreślić różnicę między autonomią obiektywną a poczuciem autonomii. Autonomia obiektywna to pewien realny fakt dotyczący jednostki, pewien faktyczny sposób jej myślenia i funkcjonowania. Poczucie autonomii to z kolei subiektywna opinia danej osoby na temat istnienia własnej autonomii. Różnica ta jest analogiczna do różnicy między tożsamością jednostki a jej poczuciem tożsamości. W dalszych rozważaniach chodzić będzie przede wszystkim o autonomię w sensie obiektywnego stanu czy sposobu funkcjonowania.

W literaturze psychologicznej wyodrębnia się różne typy autonomii. Autonomia behawioralna to postępowanie niezależne od oczekiwań innych ludzi. Autonomia emocjonalna to niezależność od akceptacji ze strony otoczenia. Autonomia poznawcza dotyczy myślenia praktycznego. Jest to "posiadanie własnego systemu wartości, indywidualnych ocen i celów, znajomość sposobów ich realizacji, a także ponoszenie konsekwencji własnych zachowań" (Stelter, s. 87). Autonomia tożsamościowa to poczucie własnej odmienności oraz dostrzeganie podobieństw i różnic między sobą a innymi ludźmi. Autonomia instrumentalna to samodzielność w działaniu i funkcjonowaniu w różnych środowiskach społecznych. Z kolei autonomia ekonomiczna to "zdolność do zapewnienia sobie bytu materialnego" (Stelter, s. 87). Jednym z ważnych obszarów funkcjonowania jednostki jest sfera myślenia moralnego. Również i tutaj mówi się o autonomii, traktując ją jako pewne osiągnięcie rozwojowe. W ramach powyższej klasyfikacji zawiera się ona w pojęciu autonomii poznawczej. W kontekście prowadzonych tutaj rozważań wydaje się jednak warta szerszego i odrębnego scharakteryzowania.

Autonomia moralna według psychologii rozwojowej

Autonomia moralna jednostki ujmowana w sposób najbardziej ogólny jest zdolnością jednostki do samodzielnego kształtowania własnego systemu zasad moralnych i kierowania się tymi zasadami w swoim postępowaniu (Stelter 2011, s. 54). Powszechnie przyjmuje się też, że autonomia moralna jest finalnym stadium w procesie rozwoju moralnego człowieka, które może, ale nie musi

zostać osiągnięte przez daną jednostkę. Sam proces rozwoju moralnego jest charakteryzowany jako proces internalizacji, dzięki któremu "standardy i wartości stają się częścią systemu motywacyjnego jednostki i kierują jej zachowaniem, nawet w sytuacji braku nacisku ze strony innych ludzi" (Birch 2012, s. 162). Ponieważ w ostatnich kilkudziesięciu latach w ramach psychologii powstało wiele różnych koncepcji rozwoju moralnego, wychodzących od odmiennych założeń dotyczących człowieka i jego rozwoju psychicznego, zagadnienie autonomii moralnej oraz rozwoju moralnego bywa doprecyzowane i rozwijane na odmienne sposoby. Chciałbym tutaj zwrócić uwagę na trzy sposoby podchodzenia do autonomii moralnej jednostki: koncepcje psychodynamiczne, koncepcje behawiorystyczne oraz koncepcje koncentrujące się na rozwoju poznawczym człowieka.

W ramach podejścia psychodynamicznego proces rozwoju moralnego jednostki utożsamiany jest z procesem kształtowania się "superego". Ta część osobowości człowieka jest w dużej części nieświadoma i powstaje poprzez internalizację norm moralnych dotyczących postępowania (sumienie) oraz standardów dotyczących własnej osoby (ideały ja). Jej funkcją jest obserwacja i cenzurowanie aktywności "ego". "Superego" powstaje poprzez internalizację nakazów i zakazów, przede wszystkim rodzicielskich. Poszczególni teoretycy tego nurtu różnie wypowiadali się na temat momentu powstania "superego". Zdaniem Freuda, powstaje ono wskutek rozwiązania kompleksu Edypa, czyli wskutek wyrzeczenia się zaspokojenia edypalnych pragnień oraz interioryzacji rodzicielskiego zakazu dotyczącego zaspokojenia tych pragnień. Jednak zdaniem innych autorów, "superego" istnieje również w preedypalnych fazach rozwoju człowieka. Różnice zdań dotyczą też możliwości modyfikacji "superego". Zdaniem niektórych autorów, trzon "superego" stanowią niemodyfikowalne, nieświadome normy zinternalizowane w okresie edypalnym. Inni zaś podkreślają, że od momentu swojego powstania "superego" podlega ciągłemu procesowi przekształcania, dokonującemu się pod wpływem wychowania, zmieniających się relacji społecznych, kultury (Laplanche, Pontalis 1996, s. 141-143).

Niektórzy autorzy z tego nurtu podkreślają, że osiągnięcie autonomii w funkcjonowaniu jednostki możliwe jest dzięki istnieniu w ramach "ego" obszarów, których powstanie oraz rozwój jest niezależne od konfliktów zachodzących między "id", rzeczywistością oraz "superego". Obszar "ego" wolne od wpływu "id" oraz od konfliktów obejmuje takie zdolności jak percepcja, intencjonalność działania, rozumienie rzeczywistości, myślenie, język. Zdolności te składają się na tak zwaną pierwotną autonomię. Odróżnia się od nich obszar autonomii wtórnej, czyli ogół tych zdolności, które pierwotnie podporządkowane były radzeniu sobie z impulsami płynącymi z "id", ale stopniowo uniezależniły się od swojej pierwotnej funkcji. Przykładem mogą być różne nawyki, zwyczaje, umiejętności, zainteresowania, aktywności pojawiające się w toku życia i dojrzewania danej osoby (Bellak 1973, s. 78; s. 227-242).

W świetle tych ustaleń autonomię moralną jednostki można rozumieć w dwojaki sposób. Po pierwsze, jako sam fakt zinternalizowania pewnych norm i standardów. Przy takim jej rozumieniu liczy się sam fakt ukształtowania się zrębów "superego". Nie ma w nim jednak podstaw do odróżniania osób z "superego" nadmiernie restrykcyjnym, które osłabia "ego" i zakłóca funkcjonowanie od osób z "superego" dojrzałym, niezakłócającym funkcjonowania. Po drugie, jako stan, w którym zasoby jednostki związane z pierwotną i wtórną autonomią "ego" tworzą obszar funkcjonowania wolny od wpływu konflikto-gennych impulsów "id" oraz nadmiernych wymagań "superego".

Zgodnie z podejściem behawiorystycznym w próbach naukowego wyjaśniania ludzkiego zachowania należy unikać posługiwania się terminami odsyłającymi do tego, co nie jest dostępne dla obserwacji. Zachowanie ludzkie należy opisywać i wyjaśniać charakteryzując bodźce oddziałujące na jednostkę oraz jej reakcje na te bodźce. Innym ważnym pojęciem jest uczenie się, które można zdefiniować jako względnie trwałe zmiany zachowania dokonujące się pod wpływem bodźców działających na jednostkę. Jedną z najważniejszych konsekwencji takiego podejścia jest przekonanie, że kluczową rolę w kształtowaniu zachowań i postaw jednostki odgrywa jej środowisko. Inaczej mówiąc, zmiany zachowań jednostki mają swoje źródło w zmianach bodźców, które na nią działają. Różnice w zachowaniu jednostek znajdujących się w podobnym środowisku bodźcowym wyjaśniano natomiast różnicami dotyczącymi procesu uczenia się (Kendall 2012, s. 23-28). W podobny sposób behawioryści ujmowali rozwój moralny człowieka. W jego trakcie, pod wpływem oddziaływań środowiskowych zachodził proces uczenia polegający na stopniowym dostosowywaniu się zachowań dziecka do reguł moralnych przyjmowanych w jego otoczeniu. Ważnym czynnikiem regulującym ten proces są bodźce wzmacniające zachowania oczekiwane przez otoczenie, bodźce wygaszające zachowania niepożądane oraz obserwacja modeli. Jego zwieńczeniem jest zaś sytuacja, w której dana jednostka, niezależnie od aktualnych wpływów środowiska, trwale przejawia zachowania moralnie słuszne oraz trwale unika zachowań moralnie niesłusznych (Birch 2012, s. 163-164, Trempała 2014, s. 303).

Zwolennicy podejścia poznawczo-rozwojowego przyjmują z kolei, że podstawę dla procesu rozwoju moralnego jednostki stanowi jej rozwój poznawczy. Najważniejszy przedstawiciel tego podejścia, J. Piaget, wyodrębnił w rozwoju moralnym jednostki dwa główne etapy: stadium moralności heteronomicznej oraz stadium moralności autonomicznej. W trakcie pierwszego z wymienionych stadiów w zachowaniu moralnym dziecka dominuje podporządkowanie zasadom wyznaczanym przez dorosłych. Nakazy i wskazówki dorosłych odczytywane są w sposób dosłowny. Przy ocenianiu moralnej wartości czynów podstawowe znaczenie mają skutki, a pomijane są intencje działającego. Stadium moralności autonomicznej osiąga się przez dzieci około 8 roku życia pod wpływem zmian dokonujących się w procesie rozwoju poznawczego oraz wskutek interakcji społecznych. Główna zmiana w myśleniu moralnym dziecka polega

na uznawaniu moralności za coś, co jest tworzone w sposób umowny i istnieje dzięki temu, że jest utrzymywane przez społeczność dla spełniania określonych celów. Co więcej, przy dokonywaniu ocen moralnych dotyczących konkretnych czynów dziecko zaczyna brać pod uwagę nie tylko skutki czynu, ale również intencje działającego (Birch s. 164-165; Trempała, s. 249).

Koncepcja Piageta została w istotny sposób rozbudowana przez L. Kohlberga. Wyróżnił on trzy poziomy rozwoju moralnego człowieka: przedkonwencjonalny, konwencjonalny, postkonwencjonalny. W ramach każdego poziomu wyodrębnił po dwa stadia. Autonomia moralna tożsama jest z osiągnięciem poziomu moralności postkonwencjonalnej. Na tym poziomie rozwoju reguły i zasady przyjmowane przez społeczność przestają być traktowane przez jednostkę jako podstawowy punkt odniesienia dla oceny swoich i cudzych działań. Zamiast tego pojawiają się "sposoby rozwiązywania kwestii moralnych oparte na zasadach i normach sumienia człowieka (stadium 5) oraz odwołujące się do uniwersalnych zasad sprawiedliwości, równości i szacunku dla życia człowieka" (Trempała, s. 304). Warto dodać, że jak wskazały wyniki badań empirycznych poziom moralności postkonwencjonalnej osiągany jest tylko przez połowę populacji osób dorosłych. U reszty dorosłych występuje myślenie charakterystyczne dla poziomu konwencjonalnego (Birch, s. 168). Niektóre badania wskazują też, że w grupie osób przejawiających myślenie charakterystyczne dla poziomu moralności postkonwencjonalnej większość stanowią osoby posiadające wyższe wykształcenie (Trempała, s. 304).

W ramach poziomu moralności postkonwencjonalnej amerykański psycholog wyodrębnił dwa stadia. Pierwszym z nich jest stadium podstawowych praw i umowy społecznej, osiągane najwcześniej około 16 roku życia. Jednostka, która osiągnęła to stadium zdaje sobie sprawę, że zasady moralne, jakimi się kieruje mogą się różnić od zasad moralnych lub prawnych przyjmowanych przez społeczność jako całość lub przez inne jednostki. Pojawia się również poszukiwanie prawdziwych zasad moralnych. Towarzyszy temu przekonanie, że prawdziwe zasady moralne to takie zasady, których przestrzeganie prowadzi do największego dobra dla największej liczby osób. Jednocześnie uznaje się, że dobra takie jak życie lub wolność są niekwestionowalne i nie mogą zostać uchylone przez zasadę największego dobra dla jak największej liczby osób. W ramach tego stadium w myśleniu moralnym jednostki dominują więc elementy charakterystyczne dla doktryn utylitarystycznych, ale pojawiają się też pewne elementy podejścia deontologicznego (Thomas 2002, s. 503-516).

Ostatnim stadium rozwoju moralnego jest zdaniem Kohlberga stadium uniwersalnych zasad sumienia. Najwcześniej może ono zostać osiągnięte przez jednostkę między późną adolescencją a wczesną dorosłością. W jego ramach w myśleniu jednostki pojawia się przekonanie, że istnieją pewne uniwersalne zasady etyczne obowiązujące wszystkich ludzi, które są bardziej podstawowe i ważniejsze niż zasady prawne, obyczaje, konwencjonalna moralność społeczna. Postępowanie moralnie słuszne to postępowanie zgodne z tymi zasadami. Jak

nietrudno zauważyć, na tym etapie rozwoju dominuje myślenie etyczne typu deontologicznego skoncentrowane na poszukiwaniu uniwersalnych obowiązków moralnych (Thomas, s. 504-5016).

Problem autonomii w etyce stosowanej

Jedną z ważniejszych zasad etycznych przyjmowanych w wielu obszarach etyki stosowanej jest zasada szacunku dla autonomii człowieka. Pierwotnie interpretowano ją jako zasadę nakazującą ochronę autonomii w sensie etycznym, czyli podmiotowości moralnej człowieka. Ponieważ jednak pojęcie osoby oraz pojęcie autonomii etycznej było charakteryzowane przez różnych teoretyków moralności na różne, często bardzo abstrakcyjne sposoby, w ramach niektórych dziedzin etyki stosowanej (na przykład w etyce medycznej) zaproponowano, aby skupić się tylko i wyłącznie na ochronie autonomii jednostkowych wyborów konkretnych ludzi¹. W takim przypadku przez autonomię rozumie się swobodę jednostkowych wyborów. Zaproponowano więc, aby etyczna zasada szacunku dla autonomii była pojmowana jako zasada poszanowania autonomii jednostkowych wyborów konkretnych ludzi. W świetle takiego podejścia wybór autonomiczny to – najogólniej rzecz biorąc – wybór (a) podjęty intencjonalnie; (b) ze zrozumieniem; (c) bez wpływu czynników zewnętrznych determinujących decyzję. Co ważne, jego zwolennicy akcentują, że wspomniana zasada oznacza nie tylko negatywny w swym charakterze obowiązek nieingerowania w decyzje innych ludzi, ale także i pozytywny obowiązek pielęgnowania i wzmacniania ich zdolności do dokonywania wyborów, usuwania przeszkód niweczających możliwość dokonania wyboru (Beauchamp, Childress 2009, s. 100-101; Szewczyk, s. 109-111).

Warto zauważyć, że sprzeciw wobec tak pojmowanego stanowiska może pochodzić z różnych kierunków. Może wiązać się z zarzutem, że mamy w nim do czynienia z nazbyt wąskim pojmowaniem autonomii i odwoływać się do jednej z abstrakcyjnych etycznych koncepcji osoby (np. kantyzm, liberalizm, koncepcje chrześcijańskie itp.). Może też jednak być skutkiem odrzucenia samego obowiązku moralnego szanowania autonomii pacjenta. W takim przypadku argumentacja często wskazuje na negatywne konsekwencje przyjmowania takiego obowiązku etycznego, np. nadmierne obciążanie pacjenta trudnymi wyborami. Tego rodzaju krytyka często wiąże się z przyjmowaniem stanowiska paternalistycznego w kwestii relacji lekarz-pacjent i akcentowania faktu, że w tego rodzaju relacjach to lekarz, terapeuta czy opiekun wie lepiej, co jest dobre dla pacjenta.

¹ Inny interesujący argument wskazuje na to, że autonomiczne osoby mogą w pewnych warunkach dokonywać nieautonomicznych wyborów. Inaczej mówiąc, pierwotnym przedmiotem troski powinny być poszczególne decyzje, a nie podmiot podejmujący decyzję (Beauchamp, Faden, s. 8).

Dzięki opisanej powyżej strategii ograniczania zainteresowania do konkretnych wyborów dokonywanych w konkretnych sytuacjach etyczna zasada ochrony autonomii zdaje się koncentrować przede wszystkim na psychologicznym procesie podejmowania decyzji, a więc na ochronie autonomii w sensie psychologicznym. Abstrakcyjne, filozoficzno-etyczne rozumienie autonomii jednostki wydaje się więc już nie mieć zbyt wielkiego znaczenia dla rozważań prowadzonych w ramach omawianego działu etyki stosowanej. Jak się jednak za chwilę okaże, różnice między psychologicznym i etycznym podejściem do autonomii jednostki nadal pozostają bardzo duże.

Świadoma zgoda

W ramach etyki medycznej głównym sposobem ochrony autonomii wyboru jest przyjęcie wymagania, aby decyzje dotyczące spraw związanych z leczeniem, czy różnymi formami terapii, miały charakter tzw. świadomej zgody (*informed consent*). Jeśli zignorować prawne regulacje wprowadzające instytucję świadomej zgody, zasadę tę można traktować jako godny uwagi etyczny standard odnoszenia się do pacjenta czy podopiecznego w sytuacjach związanych z podejmowaniem przez niego ważnych decyzji.

W niektórych publikacjach poświęconych zagadnieniu świadomej zgody (np. Szewczyk, s. 117) definiuje się ją poprzez wyróżnienie jej pięciu elementów składowych. Są nimi: (a) kompetencja podejmującego decyzję; (b) przekazanie mu informacji; (c) rozumienie przez niego sytuacji; (d) dobrowolność jego decyzji; (e) zgoda².

Pierwszy element – kompetencja decyzyjna – oznacza po prostu zdolność do podejmowania decyzji. Zdolność ta może być orzekana na drodze prawnej, w oparciu o odpowiednie przepisy, przy czym stosuje się tutaj znacznie uproszczone sposoby oceny³. Zdolność decyzyjna może też być szacowana drogą psychologicznej oceny określonych elementów funkcjonowania danej osoby. W tym drugim przypadku kompetencję decyzyjną traktuje się jako przedmiot, który można uchwycić empirycznie, którego istnienie stwierdza się za pomocą odpowiednich procedur badawczych. Element ten ma kluczowe znaczenie dla całej koncepcji „świadomej zgody”, ponieważ ewentualne stwierdzenie u kogoś braku wystarczającego poziomu zdolności do podejmowania decyzji, stanowi podstawę dla uznania tej osoby za niezdolną do samodzielnego decydowania i czyni analizę pozostałych elementów sytuacji zbędną.

² Niektórzy autorzy (Beauchamp, Childress, s. 121) proponują bardziej rozbudowany model, składający się z 7 elementów: (a) kompetencja pacjenta dotycząca rozumienia informacji oraz decydowania; (b) dobrowolność decyzji pacjenta; (c) przekazanie pacjentowi informacji; (d) rekomendacja przez lekarza sposobu postępowania; (e) rozumienie przez pacjenta informacji i rekomendowanego sposobu postępowania; (f) decyzja dotycząca sposobu postępowania; (g) autoryzacja sposobu postępowania (w przypadku podejmowania decyzji w zastępstwie osoby niekompetentnej decyzyjnie).

³ Jednym z podstawowych kryteriów jest wiek (Szewczyk, s. 123).

Posiadanie zdolności decyzyjnej przypisuje się w oparciu o stwierdzenie posiadania w wystarczającym stopniu szeregu szczegółowych zdolności umysłowych. Najczęściej wymienia się tu następujące elementy: (a) zdolność zrozumiałego komunikowania swoich decyzji; (b) zdolność do rozumienia swojej sytuacji; (c) zdolność do rozumienia konsekwencji różnych możliwych decyzji; (d) zdolność do rozumowania i racjonalnego uzasadniania⁴. W praktyce klinicznej stosuje się rozmaite narzędzia diagnostyczne pozwalające stwierdzić w jakim stopniu dana osoba posiada poszczególne elementy zdolności do podejmowania decyzji. Niektóre z publikacji wymieniają aż 12 różnych standaryzowanych narzędzi diagnostycznych służących temu celowi (Sturman, 2005). Niektórzy autorzy przyjmują jednak, że takie narzędzia pełnią tylko funkcje pomocnicze w stosunku do oceny klinicysty.

Badania i towarzysząca im refleksja teoretyczna doprowadziły do wniosku, że zdolność decyzyjna (i jej poszczególne elementy) nie jest czymś stałym, niezmiennym i przysługującym niezależnie od sytuacji. Jej poziom wyraźnie uzależniony jest się od rodzaju konkretnej decyzji, którą badana osoba ma podjąć. Jest ona też czymś, czego poziom może zmieniać się w krótkiej perspektywie czasowej (Charland 2011, s. 7; Beauchamp, Childress, s. 112). Niektórzy autorzy uzupełniają więc stosowanie narzędzi diagnostycznych tak zwaną „strategią skali ruchomej”. Decyzję czy stwierdzony empirycznie poziom zdolności do podejmowania decyzji jest wystarczający do podjęcia jakiejś konkretnej decyzji uzależnia się od kilku innych czynników, przede wszystkim od ryzyka związanego z tym, co jest przedmiotem tej decyzji. Zasada ogólna jest tu następująca: im bardziej niebezpieczne mogą być konsekwencje podejmowanej decyzji, tym większego poziomu zdolności umysłowych należy wymagać. W konsekwencji ta sama osoba może zostać uznana za kompetentną w mało ryzykownych kwestiach terapeutycznych, ale za niekompetentną decyzyjnie w odniesieniu do niebezpiecznego zabiegu medycznego (Appelbaum, 2007).

Drugim elementem sytuacji, którą określa się mianem „świadoma zgoda” jest przekazywanie informacji. Można go ująć jako obowiązek przekazania osobie zainteresowanej informacji istotnych z punktu widzenia podejmowanej decyzji. Niektórzy autorzy wyróżniają trzy główne sposoby podchodzenia do zadania przekazywania informacji: (I) przekazanie tych informacji, które za ważne uznałby profesjonalista; (II) przekazanie tych informacji, które za rzeczowe i przydatne uznałaby hipotetyczna „racjonalna osoba”; (III) przekazywanie tych informacji, których dana osoba potrzebuje i poszukuje. Z kolei zakres informacji, których ujawnienie uznaje się za obowiązkowe obejmuje: (1) informacje, które pacjent uważa za ważne; (2) informacje, które za ważne uznaje pracownik

⁴ Lista elementów składających się na zdolność do podejmowania decyzji jest przedmiotem żywych dyskusji między specjalistami i różni autorzy proponują wzbogacać ją o dodatkowe elementy (np. Charland, 2011).

opieki zdrowotnej; (3) zalecenia pracownika opieki zdrowotnej; (4) cel, któremu służy zgoda; (5) na czym polega rola aktu zgody. W przypadku informacji dotyczących badań naukowych, udzielanie informacji powinno dotyczyć celu, metody badania, antycypowanych korzyści i zagrożeń, niedogodności oraz przysługującego uczestnikom prawa do wycofania się z badań. (Beauchamp, Childress, s. 121). Warto podkreślić, że zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi i przyjmowanymi zasadami etycznymi każda osoba może zrzec się prawa do informacji. Inaczej mówiąc, może zadecydować, że nie chce wiedzieć.

Kolejnym elementem jest rozumienie przekazywanej informacji. Jak można przeczytać, o rozumieniu można mówić, jeśli dana osoba przyswoiła sobie informacje istotne dla danego tematu oraz powstały w niej adekwatne przekonania na temat natury i skutków jej działania (Beauchamp, Childress, s. 127). Jak się podkreśla, rozumienie udzielanych informacji nie musi być zupełne, powinno jednak być adekwatne, tj. obejmować wszystko to, co najbardziej istotne dla podejmowanej decyzji i jej konsekwencji. Problemem pozostaje wyznaczenie progu, poniżej którego – pomimo pewnych elementów pojmowania – nie można danej osoby uznać za rozumiejącą podawane informacje. Określenie takiego progu wydaje się bowiem sytuacyjne.

O dobrowolności decyzji można mówić, gdy jej treść nie jest efektem kontroli ze strony innych osób lub nie wynika z niekontrolowanego wpływu czynników pozaludzkich (np. choroba, uzależnienie). Niektórzy autorzy przyjmują, że za kontrolę decyzji należy uznać każdą formę przymusu, niektóre formy perswazji oraz niektóre formy manipulacji. Za kontrolę decyzji nie uznaje się natomiast przekazywania adekwatnych informacji, czy udzielania emocjonalnego wsparcia w obliczu trudnej decyzji. Często podkreśla się też, że nie sposób ustalić ostrych i wyraźnych kryteriów pozwalających określić, kiedy wpływ na decyzję przekształca się już w jej kontrolę. Ocena etyczna i prawna zależy od kontekstu i indywidualnych sytuacji. Ostatnim wyróżnionym elementem instytucji „świadomej zgody” jest wyrażenie przez pacjenta zgody na działanie terapeutyczne uznane przez niego za odpowiednie. Jest to element wieńczący całą procedurę. W zależności od wyniku oceny kompetencji decyzyjnej (element 1) zgodę wyraża albo sam pacjent, albo ktoś w jego imieniu. Zgoda może też być wyrażana w różny sposób. Obie kwestie podlegają regulacjom prawnym (Szewczyk, s. 123-125).

Na zakończenie warto raz jeszcze zaakcentować sposób, w jaki działa instytucja „świadomej zgody”. Na wstępie ocenia się poziom zdolności decyzyjnej pacjenta. Gdy stwierdza się, że jest on pozbawiony zdolności podejmowania decyzji, uznaje się go za niekompetentnego i wdraża odpowiednie procedury zastępczego podejmowania decyzji lub zgody domniemanej. Gdy zaś zachodzą przesłanki by stwierdzić, że pacjent jest kompetentny, rozważa się kolejne elementy świadomej zgody. Jeśli kompetentny pacjent nie został należycie poinformowany, nie zrozumiał w wystarczającym stopniu otrzymanych informacji lub decyzja nie była dobrowolna, podjętą zgodę uznaje się za nieważną.

Autonomia psychologiczna a autonomia etyczna – konkluzje

Nawet tak pobieżny przegląd różnych koncepcji psychologicznych i etycznych pozwala zauważyć istnienie między nimi bardzo ważnej różnicy pod względem sposobu podchodzenia do problematyki autonomii jednostki. Zachodzi ona pomimo wyraźnych podobieństw między treścią pojęcia autonomii psychologicznej i treścią pojęcia autonomii etycznej. Dla psychologów autonomia jednostki, w tym również jej autonomia moralna, jest pewnym osiągnięciem rozwojowym, manifestującym się poprzez określony sposób myślenia, funkcjonowania, poprzez posiadanie określonych umiejętności i kompetencji. Co więcej, jak wskazują wyniki badań empirycznych, osiągnięcie autonomii w pewnych obszarach, np. autonomii moralnej, nie jest czymś powszechnym. Spora część populacji pozostaje na mniej zaawansowanych etapach rozwoju moralnego.

W ramach etyki stosowanej autonomia to z kolei przede wszystkim swoboda postępowania zgodnie ze swoimi przekonaniem oraz wolność od ograniczeń. Jest to prawdą nawet w odniesieniu do tych obszarów etyki, w których dyskusje na temat abstrakcyjnych koncepcji autonomii etycznej zastąpiono rozważaniami na temat psychicznych uwarunkowań autonomicznego charakteru poszczególnych decyzji jednostki. Choć warunki uznania danej decyzji za autonomiczną obejmują uznanie tego, kto ją podejmuje za osobę zdolną do podejmowania decyzji, poinformowaną oraz niepodlegającą wpływom, etyka nie wnika szczegółowo w poziom rozwoju osobowości, czy poziom rozwoju myślenia moralnego występujący u danej jednostki. Nie ma dla niej znaczenia, czy dana osoba osiągnęła w procesie swego rozwoju psychicznego w takim czy innym obszarze stadium autonomii. Przyjmuje się w niej raczej, że należy chronić swobodę kierowania się tym rodzajem przekonań, jakie dana jednostka faktycznie posiada, bez względu na ich dojrzałość. Prawa do podejmowania decyzji odmawia się tylko w przypadku bardzo wyraźnych deficytów funkcji intelektualno-poznawczych skutkujących niezdolnością do komunikowania decyzji, niezdolnością do rozumowania, niezdolnością do rozumienia swojej sytuacji, niezdolnością do namysłu i podejmowania decyzji itp. Liczne badania wskazują, że nawet znaczny stopień zakłócenia funkcji poznawczych nie przesądza o utracie wspomnianych kompetencji. Stosowanie odpowiednich technik podawania informacji oraz odpowiednie podejście do osoby przyjmującej informacje może bowiem kompensować pierwotnie istniejące braki (Wong J. G. i inni, 2000; Ghormley C., Basso M., Candlis P., Combs D., 2011).

Bibliografia

Appelbaum Paul, 2007. "Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment" [w:] *The New England Journal of Medicine*, Nov 2007, s. 1834-1840.

- Bakiera L., Stelter Ż., 2011. *Leksykon psychologii rozwoju człowieka*. Tom I. Difin, Warszawa.
- Beauchamp T., Childress, 2009. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press, New York.
- Beauchamp T., Faden R., 1986. *A History and Theory of Informed Consent*, Oxford University Press.
- Bellak L., 1973. *Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics, and Normals*. Wiley, New York.
- Birch A., 2012. *Psychologia rozwojowa w zarysie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Charland, Louis C., 2011. "Decision-Making Capacity" [w:] *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2014 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <<http://plato.stanford.edu/archives/fall2014/entries/decision-capacity/>>.
- Ghormley C., Basso M., Candlis P., Combs D., 2011. "Neuropsychological impairment corresponds with poor understanding of informed consent disclosures in persons diagnosed with major depression" [w:] *Psychiatry Research* 187, 2011, s. 106-112.
- Kendall P. C., 2012. *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot.
- Laplanche J., Pontalis J. B., 1996. *Słownik psychoanalizy*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- Thomas Laurence, 2002. "Moralność i rozwój psychologiczny" [w:] Singer P. (Red.) *Przewodnik po etyce*. Książka i Wiedza, Warszawa.
- Szewczyk K., 2009. *Bioetyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Sturman E. D. 2005, "The capacity to consent to treatment and research: A review of standardized assessment tools" [w:] *Clinical Psychology Review* 25 (2005) 954–974.
- Stelter Ż. 2009. *Dorastanie osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Wyd. Scholar, Warszawa.
- Trempała J., 2014. *Psychologia rozwoju człowieka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Wong J. G i inni, 2000. "The Capacity of People with a 'mental disability' to make a Health Care Decision" [w:] *Psychological Medicine* 2000, 30, s. 295-306.

Dr Mateusz Penczek

Zakład Pedagogiki Specjalnej

Wydział Pedagogiki i Psychologii, Uniwersytet Śląski w Katowicach

Ul. Grażyńskiego 53, 40-126 Katowice, Polska

mateusz.penczek@us.edu.pl